

## OGŁOSZENIE – ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

oznaczenie sprawy: .....

zapytanie ofertowe znajduje się na stronie internetowej Zamawiającego/platformie zakupowej

### I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespólny z siedzibą w Częstochowie  
przy ul. Mirowskiej 15

NIP: 949 17 63 544

REGON: 151586247

KRS: 0000026830

### II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Wykonanie napraw sprzętu medycznego w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespólnym w Częstochowie dla - 8 pakietów**
2. Opis przedmiotu zamówienia:  
**Stanowi załącznik nr – 4.**
3. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom\*.
4. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. (Poprzez ofertę częściową należy rozumieć ofertę złożoną na poszczególne pakiety.)

\*zaznaczyć odpowiednio

### III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **w ciągu 5 dni od daty zawarcia umowy.**

Miejsce wykonania zamówienia: Oddziały - szpitali przy ul.: Mirowskiej 15; ul. Mickiewicza 12; ul. Bony 1/3

### IV. KRYTERIA OCENY OFERT:

Cena - 100%

Inne: podać i opisać wagi procentowe lub sposób przyznawania punktacji – nie dotyczy

### V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.
2. W przypadku składania oferty w formie papierowej ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie i oznaczyć:
3. Oferta na zapytanie ofertowe: **Wykonanie napraw sprzętu medycznego w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespólnym w Częstochowie dla - 8 pakietów**
  1. W przypadku składania oferty w innej formie – nie dotyczy
2. **Do oferty należy dołączyć:**
  - pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy
  - inne dokumenty lub oświadczenia wymagane przez Zamawiającego:
  - projekt umowy,
  - oświadczenie o wpisie na białą listę podatników VAT, lub oświadczenie podmiotu niebędącego płatnikiem VAT o zwolnieniu.
  - formularz oferty,
  - formularz asortymentowo-cenowy stanowiący załącznik nr 2,
  - załącznik nr 3 - Oświadczenie – dla wszystkich pakietów,
  - załącznik nr 4 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

### VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: **27.09.2024 r. do: 01.10.2024 r. do godziny 12:00.**
2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty w formie elektronicznej na adres [sprzetmedyczny@zsm.czest.pl](mailto:sprzetmedyczny@zsm.czest.pl), ofertę papierową należy złożyć do kancelarii Szpitala – szpital przy ul. Mirowskiej 15, pawilon G, I piętro, pokój 1.**
3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
4. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

### VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty lub unieważnieniu postępowania zostanie zamieszczona na stronie internetowej/platformie zakupowej Zamawiającego oraz przesłana do Wykonawców.

### VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Osoba/ami uprawniona/y mi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:  
Kierownik Działu Technicznego Kamil Gawron  
Inspektor Mariusz Horn

– tel. 34 370 21 28 e-mail: [sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl](mailto:sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl)

Zamawiający dopuszcza możliwość zadawania pytań do postępowania, które należy za pośrednictwem poczty e-mail na adres: [sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl](mailto:sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl)

Pytania można zadawać najpóźniej do dnia: **30.09.2024.r. do godziny 10:00.**  
Pytania zadane po tym terminie nie uzyskają odpowiedzi.

### IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

- formularz oferty,
- formularz asortymentowo-cenowy stanowiący załącznik nr 2,
- załącznik nr 3 - Oświadczenie – dla wszystkich pakietów,
- załącznik nr 4 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia,
- załącznik nr 5 - Świadectwo autoryzacji lub imienny aktualny certyfikat wystawiony przez przedstawiciela poświadczający przeszkolenie w zakresie obsługi serwisowej urządzeń - dot. pakietu: 8.

**ZATWIERDZAM**

<p>Z upoważnienia Dyrektora Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych i Finansowych <i>Margareta Białk</i></p>	<p>Z upoważnienia Dyrektora P.O. Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych <i>Dariusz Kopczyński</i></p>
---	--

.....  
data i podpis Kierownika Zamawiającego

Kierownik Działu Technicznego  
*Kamil Gawron*  
Kamil Gawron